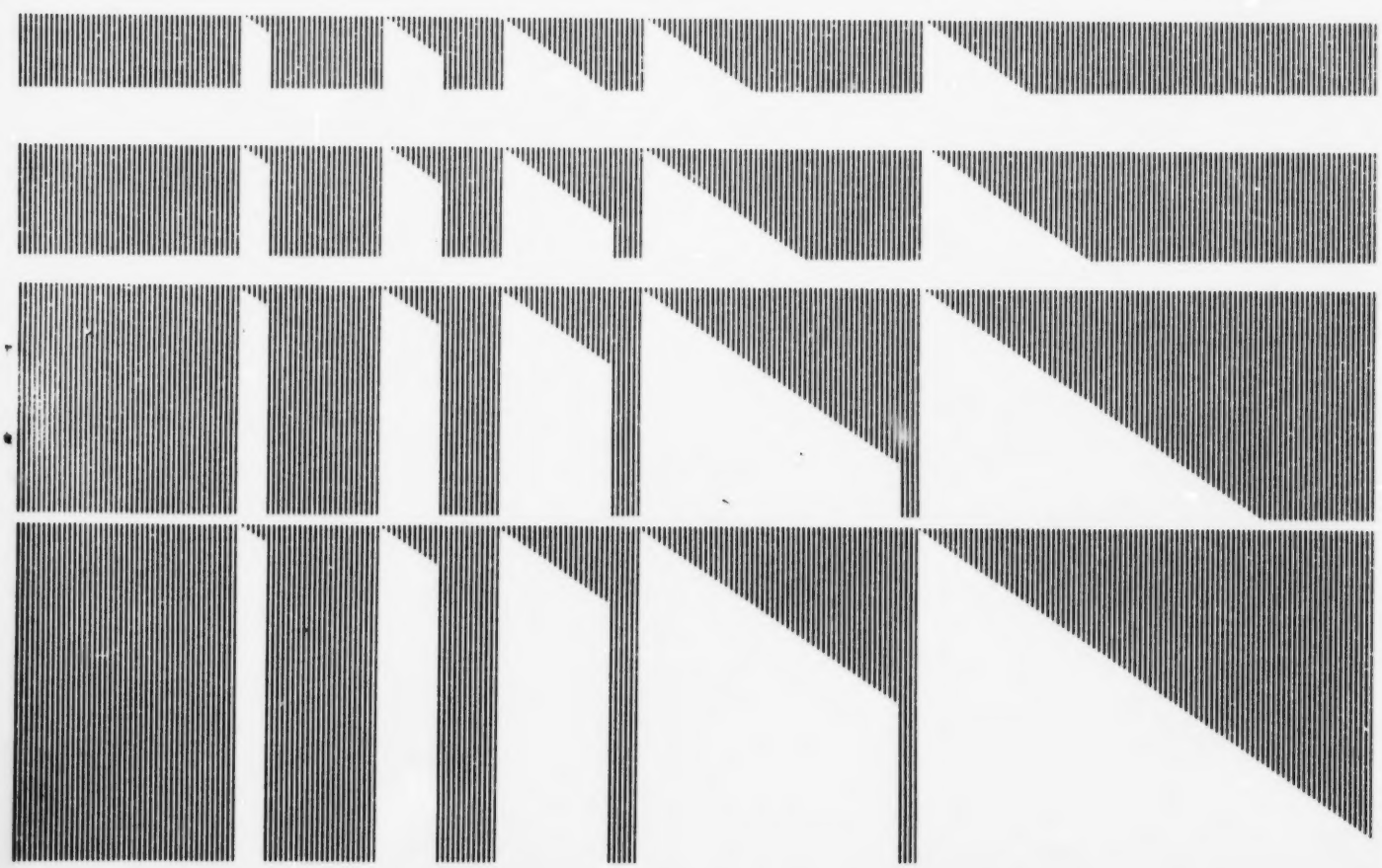
ÉVALUATION DES PROGRAMMES

Étude préparatoire à l'évaluation du programme des aides auditives

Québec

16



ETUDE PREPARATOIRE A L'EVALUATION DU PROGRAMME DES AIDES AUDITIVES

Lysette Trahan-Langlois
Service Evaluation des
programmes d'assurance-
maladie

Juillet 1984

Trahan Langlois, Lysette, "Etude préparatoire à l'évaluation du programme des aides auditives", Direction de l'Evaluation des programmes, ministère des Affaires sociales, juillet 1984, 38 pages.

Le programme d'aides auditives implanté en août 1979 reflète une préoccupation d'accessibilité financière à des soins pour une partie de la population handicapée auditive, les clientèles jeunes et les bénéficiaires de l'aide sociale. La population était dans l'attente d'une gratuité imminente des appareils auditifs et le grand principe d'accessibilité aux soins s'est cristallisé autour de la dispensation d'un moyen compensatoire spécifique, soit la couverture d'une liste d'appareils par le régime d'assurance-maladie. Cette conception constitua une interprétation restreinte des besoins véritables des bénéficiaires. Le programme d'aides auditives actuel apparaît alors insuffisant en regard d'un objectif d'intégration ou de réintégration sociale et doit être revu dans une problématique de réadaptation globale. Cette discussion fait l'objet de la première partie du document.

En dépit de cela, l'appareillage demeure une composante essentielle d'un programme de réadaptation. En tant que telle cette fonction poursuit des objectifs bien spécifiques, en l'occurence de coût, de conformité à la réglementation, d'accessibilité et d'utilité mais bien circonscrits à l'appareillage. Autrement dit le processus de dispensation doit être structuré d'une certaine façon s'il veut servir adéquatement la population, soit comme support ou autrement. Dans cette perspective il peut être approprié d'évaluer en tout ou en partie des éléments du processus afin de déterminer si les résultats escomptés sont atteints; or, des commentaires recueillis auprès de bénéficiaires suggèrent un certain nombre de difficultés vécues par les utilisateurs actuels, lesquelles posent des questions sur la qualité de l'appareillage et des services qui y sont rattachés.

La deuxième partie du document propose donc un modèle descriptif du programme des aides auditives, analyse ses objectifs et suggère un modèle évaluable. Un devis fouillé d'évaluation n'est cependant pas présenté étant donné qu'il serait opportun de déterminer dans quelle mesure les informations qui pourraient être recueillies seraient utiles avant de poursuivre la conception de l'évaluation du programme d'aides auditives.

TABLE DES MATIERES

	PAGE
INTRODUCTION	
PREMIERE PARTIE : ANALYSE DE SITUATION	1
1.1 Historique du programme	1
1.2 Description du programme	2
1.3 Analyse de la pertinence du programme	5
1.4 Critiques formulées à l'égard d'éléments spécifiques de la conception du programme	9
DEUXIEME PARTIE : APPRECIATION DE L'EVALUABILITE DU PROGRAMME	13
2.1 Modèle descriptif du programme	13
2.2 Analyse du modèle	15
2.3 Modèle évaluable	23
2.4 Types d'évaluation	25
2.4.1 Enquête auprès des bénéficiaires	25
2.4.2 Examen des appareils, du comportement des bénéficiaires et test d'écoute	29
BIBLIOGRAPHIE	31
ANNEXE 1 Données statistiques sur l'évolution des coûts du programme, 1979 à 1982	34
ANNEXE 2 Analyse du nombre de biens et de services reçus par bénéficiaire en 1982	36

LISTE DES SCHEMAS

	PAGE
SCHEMA 1 : SEQUENCE DES INTERVENANTS	8
SCHEMA 2 : MODELE DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'AIDES AUDITIVES ET RELATIONS AVEC LES AUTRES INTERVENANTS	17
SCHEMA 3 : MODELE EVALUABLE DU PROGRAMME D'AIDES AUDITIVES	27

INTRODUCTION

Depuis le 22 août 1979, la gratuité des appareils et accessoires auditifs pour les personnes âgées de 36 ans ou moins est une réalité.

Aucune modification majeure n'a été apportée au programme depuis son implantation à l'exception de l'instauration d'une nouvelle politique d'achat des aides en novembre 1980 et d'une nouvelle procédure de sélection des appareils en 1981.

Ces changements ne semblent toutefois pas avoir résolu la totalité des problèmes vécus par les bénéficiaires et les dispensateurs, problèmes qui touchent à la rationalisation des services et qui sont en rapport avec la qualité des services fournis à la population.

L'évaluation en profondeur du programme serait souhaitée par plusieurs intervenants. Le 12 mai 1983, monsieur Jean-Claude Deschênes, sous-ministre des Affaires sociales, annonçait, lors d'une allocution prononcée à l'occasion du congrès 1983 de l'Association canadienne des orthophonistes - audiologistes, l'intention du ministère de "procéder à l'évaluation complète du programme d'aides auditives, subventionné par la Régie de l'assurance-maladie".

Cette annonce officialisait en quelque sorte le mandat d'évaluation de ce programme. C'est dans le cadre de ce mandat qu'est rédigée cette étude préparatoire.

PREMIERE PARTIE : ANALYSE DE SITUATION

1.1 Historique du programme

Un rapport de la R.A.M.Q. publié en 1975[1] proposait la couverture des aides auditives conventionnelles. Un tel programme s'inscrivait, selon la Régie, dans la suite logique du droit à l'universalité des soins qui n'était pas assuré pour les personnes handicapées auditives. Deux ans plus tard, un groupe de travail sur le dépistage auditif chez l'enfant[2] de même qu'un groupe responsable de l'élaboration d'un plan de services aux enfants déficients[3] reconnaissaient l'importance d'une réadaptation précoce des enfants, population en période de développement et d'apprentissage, et recommandaient de subventionner les appareils auditifs, l'appareillage étant une fonction importante à l'intérieur du processus de réadaptation. Dans un rapport datant de juin 1978 [4], un groupe de travail définissait une approche de dispensation précisant à la fois les clientèles à couvrir, les catégories de biens et services à assurer, les conditions requises à l'appareillage et le système de distribution à mettre en place.

Ainsi les groupes-cibles étaient définis essentiellement en fonction de l'âge et du degré de déficience. Compte tenu fort probablement de limites financières, le groupe recommandait la couverture des personnes âgées de moins de 18 ans en priorité. Par ailleurs, il était recommandé d'assurer l'ensemble des services reliés à la vente d'un appareil conventionnel -et spécial dans certains cas- à l'exclusion de l'appareil de type MF étant donné les divergences d'opinions quant à son efficacité à ce moment du moins. Les services assurés devraient être rendus sous certaines conditions, notamment à la suite d'un examen médical fait par un oto-rhino-laryngologiste et d'un examen audiologique. Le rapport enfin soulignait la nécessité de la présence d'un personnel expérimenté pour l'appareillage des déficients auditifs en bas âge ou multihandicapés et d'une équipe multidisciplinaire étant donné que l'appareillage ne constitue qu'un élément du processus de réadaptation. Cependant il y était mentionné que si l'appareillage devait idéalement être fait par

des centres spécialisés disposant du personnel nécessaire, il ne devait pas l'être obligatoirement, compte tenu des problèmes d'accessibilité éventuels et du respect du droit du bénéficiaire de choisir l'établissement et le professionnel de la santé de son choix.

Par ailleurs, à la suite des déclarations gouvernementales de l'époque, la population s'attendait à une gratuité imminente des appareils auditifs et certains parents auraient même retardé l'appareillage de leurs enfants afin de profiter de la couverture par le régime d'assurance-maladie.

Finalement, le programme décrit ci-après entrait en vigueur le 22 août 1979.

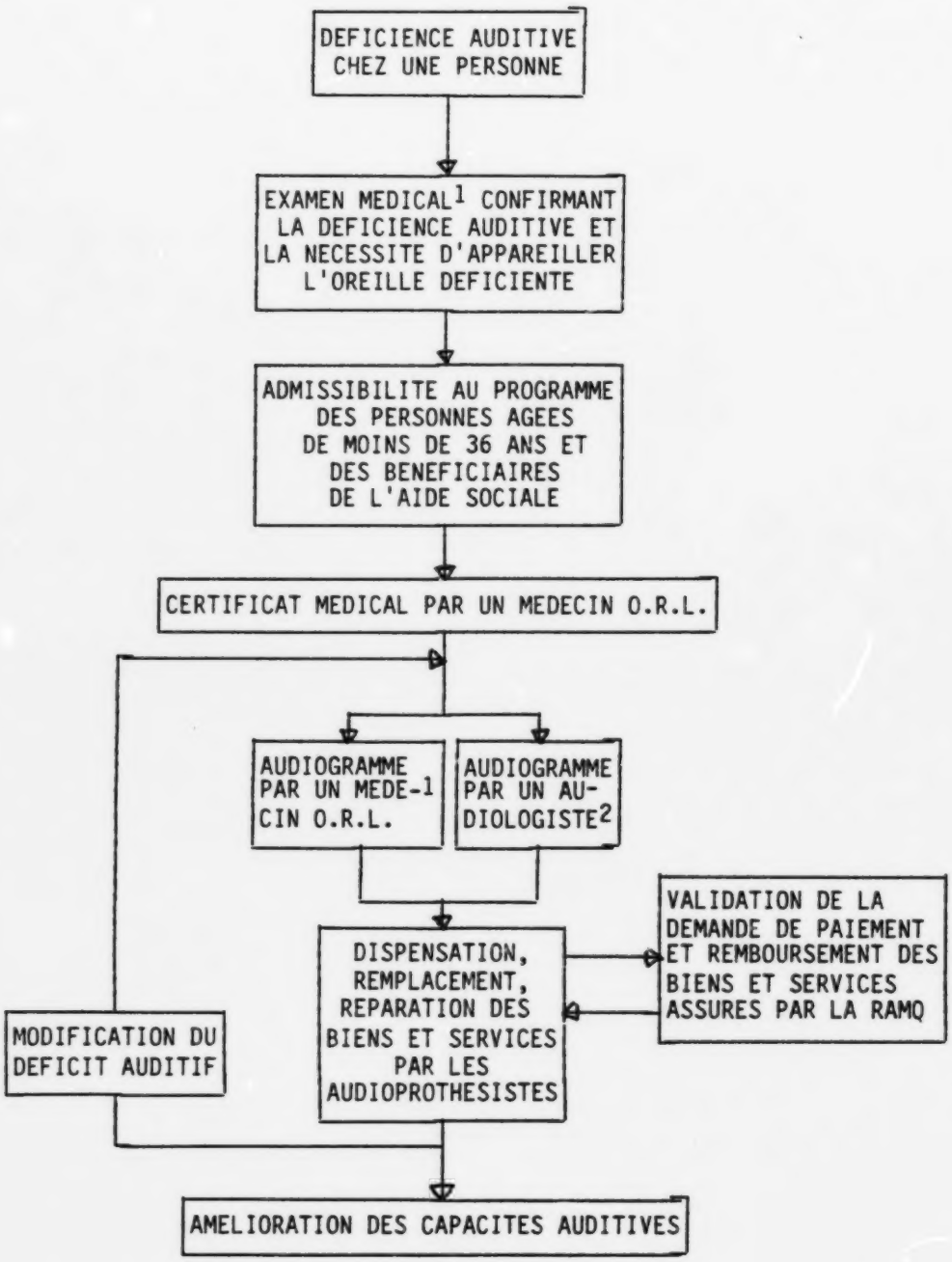
1.2 Description du programme

C'est ainsi que depuis août 1979, les personnes âgées de moins de 36 ans sont admissibles au programme des aides auditives. A celles-ci se sont ajoutés, en juillet 1980, les bénéficiaires de l'aide sociale âgés de plus de 35 ans et, en septembre 1981, les personnes de 36 ans ou plus ayant déjà bénéficié du programme. Leur admissibilité est toutefois conditionnelle. Ainsi le bénéficiaire âgé de moins de 18 ans et celui qui reçoit un enseignement de niveau post-secondaire ou un enseignement aux adultes et qui est âgé de moins de 36 ans, doivent être atteints à une oreille d'une déficience d'au moins 25 décibels à l'une ou l'autre des fréquences hertziennes 500, 1 000, 2 000 ou 3 000. Quant au bénéficiaire adulte non étudiant âgé de 18 à 35 ans et à celui de 36 ans ou plus, bénéficiaire de l'aide sociale ou ayant déjà bénéficié du programme, ils doivent être affectés à l'oreille qui a la capacité auditive la plus grande d'une déficience d'au moins 35 décibels en moyenne sur l'une ou l'autre des fréquences hertziennes 500, 1 000 ou 2 000.

Pour ces personnes, l'Etat assume les coûts des biens et services engendrés par l'achat, l'ajustement, le remplacement ou la réparation d'un appareil par oreille. L'aide conventionnelle et les accessoires indispensables à son opération sont assurés à condition d'être inscrits sur la liste approuvée par le gouvernement. Cette liste est déterminée à la suite d'ententes conclues entre la Régie et les fournisseurs d'aides auditives. Ces ententes interviennent au terme d'un processus de sélection qui, par le biais de l'appel d'offre et de soumissions publiques, (et ce depuis la fin de 1980) assure à la Régie l'approvisionnement en appareils au meilleur coût. Les appareils à modulation de fréquence sont exclus de la liste.

Les services sont fournis aux personnes admissibles sur présentation d'un certificat médical signé par un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie. Ce certificat confirme le déficit auditif et atteste la nécessité d'appareiller l'oreille déficiente sur la base d'un audiogramme (dans le cas de pose initiale ou de remplacement lorsque la condition de l'oreille a changé), lequel est émis et signé par un O.R.L. ou par un audiologiste. L'ordonnance médicale est exécutée par les audioprothésistes membres de l'Ordre ayant signé un accord avec la Régie. Ils sont donc les dispensateurs des biens et services assurés. Quant au suivi, il se fait pour une bonne part à la demande des bénéficiaires. Ceux-ci peuvent se présenter chez l'audioprothésiste pour des ajustements, des réparations ou un remplacement de leur appareil au cours de l'année suivant l'achat. Le schéma 1 résume la séquence des intervenants du programme d'aides auditives.

SCHEMA 1 : SEQUENCE DES INTERVENANTS



1 Rémunération à l'acte par la R.A.M.Q. dans le cadre du programme des services médicaux.

2 Rémunération à salaire par le centre hospitalier ou le centre d'accueil de réadaptation.

Bien qu'aucune procédure systématique de suivi ne soit prévue, il semble que les enfants, c'est-à-dire les moins de 18 ans soient effectivement contrôlés à intervalles réguliers, que ce soit en raison du dépistage en milieu scolaire ou dû au fait que cette clientèle est d'abord évaluée dans des centres spécialisés ou dans des centres hospitaliers dotés de ressources adéquates. La clientèle plus âgée ou ne fréquentant pas d'établissement d'enseignement ne bénéficierait pas tout à fait des mêmes services.

1.3 Analyse de la pertinence du programme

Les objectifs spécifiques du programme des aides auditives n'apparaissent pas de façon explicite dans sa description. Il ressort toutefois de l'analyse de l'historique de son implantation que l'accessibilité des soins ait semblé en être la préoccupation centrale. Le souci de couvrir graduellement les clientèles visées en débutant par les besoins les plus urgents était présent tout comme celui d'assurer aussi en priorité les personnes économiquement les plus faibles.

L'approche centrée sur la couverture d'un seul moyen compensatoire et isolée des autres mesures d'adaptation-réadaptation dans les établissemets du réseau des Affaires sociales peut sembler adéquate pour un programme visant d'abord et avant tout l'accessibilité financière des prothèses. Cependant cette orientation nous semble inappropriée pour un programme qui vise à fournir à une population des soins complets.

Pour que le programme réponde aux besoins véritables d'adaptation-réadaptation des populations visées, il doit être basé sur un modèle englobant

les notions de déficience, incapacité et handicap[5] [6] et des difficultés vécues par les utilisateurs.

Ainsi la déficience caractérise la lésion, l'anomalie, le désordre ou la dysfonction physiopathologique du système auditif. De cette déficience découle de multiples incapacités : perte de sensibilité auditive (capacité d'entendre), problème de sélectivité fréquentielle (capacité d'analyse en fréquence), chute de la résolution temporelle (capacité d'analyse temporelle). Le handicap associé aux incapacités peut varier considérablement d'une personne à l'autre en fonction, entre autres, du degré d'atteinte de ces trois paramètres. Ces incapacités sont potentiellement très invalidantes par les obstacles qu'elle créent au fonctionnement normal de l'individu. L'handicap résultant peut se traduire par un isolement plus ou moins marqué de l'individu par rapport à son milieu; cet isolement s'applique au plan personnel, scolaire, professionnel ou social avec toutes les conséquences qu'il implique sur le développement, la personnalité et le bien-être global de l'individu.

Il y a donc différents besoins à combler pour prévenir cet état d'invalidité ou tout au moins en prévenir son aggravation. Les solutions adoptées pour y remédier peuvent aussi être de divers ordres : programmes de réadaptation à fonctions multiples pour différents groupes-cibles, apprentissage d'un système de communication adapté, programmes de lecture labiale, recours à des interprètes, utilisation de moyens de suppléance multiples : aides auditives, coupleurs téléphoniques, téléscripteurs, moniteurs environnementaux, décodeurs, systèmes d'assistance pour écoute dans les lieux publics.[5]

Les incapacités et le handicap en résultant présentent aussi un caractère spécifique selon le moment d'acquisition de la déficience, la nature de

celle-ci, le contexte communicationnel dans lequel évolue la personne déficiente auditive. De sorte qu'il est difficile de percevoir la population atteinte de troubles auditifs comme homogène à ces égards. Picard[5] distingue cinq groupes-cibles selon l'intérêt particulier que présente chacun en regard des spécificités que peuvent présenter et leurs incapacités et leur handicap en découlant. Ce sont : l'enfant avec surdité prê-linguistique, l'individu en salle de cours, l'adulte devenu sourd, l'adulte affecté de surdité industrielle et la personne âgée hypoacousique.

Le programme actuel a quant à lui été conçu pour répondre aux besoins d'une population hypoacousique jeune. Dans cet esprit et compte tenu des ressources existantes on pouvait penser qu'il suffisait d'assurer l'accès à un moyen de communication dont l'efficacité était reconnue [7] [8] [9] [10] [11] pour répondre aux besoins de ce groupe défini en fonction de son âge. Si l'efficacité de l'accessibilité reste à démontrer, par ailleurs, il ne semble pas que l'accès au seul moyen actuellement couvert soit approprié dans tous les cas lorsque notamment les caractéristiques de cette même population en matière d'incapacités et d'handicap se trouvent modifiés. Par exemple, un jeune enfant appareillé en bas âge avec une aide conventionnelle peut très bien fonctionner jusqu'au moment où il se trouve confronté à des problèmes très différents s'il doit fréquenter une garderie conventionnelle ou lorsqu'il atteint l'âge scolaire. Les problèmes attribuables dans ces cas en particulier au bruit environnant pourraient vraisemblablement être atténués par un autre type d'aide comme par exemple, l'aide à modulation de fréquence (M.F.), laquelle n'est pas assurée présentement et qui contribue, selon les experts, à améliorer considérablement les conditions d'écoute dans un milieu conventionnel.

Les personnes âgées ne sont pas admissibles pour l'instant au programme. Dans une telle éventualité cependant il est loin d'être reconnu que l'orthèse auditive qui est actuellement le seul moyen assuré soit apte à satisfaire les besoins spécifiques de cette clientèle. Selon Alberti et Brown[12] un nombre important de personnes âgées atteintes de troubles d'audition bénéficieraient davantage de moyens compensatoires autre que l'appareil auditif conventionnel, lesquels seraient dans de nombreux cas mieux adaptés à leur condition. Par exemple si leur seule difficulté provient de l'utilisation du téléphone, l'installation d'une sonnerie plus forte et d'un amplificateur pourrait tout aussi bien suffire.

Il ne suffit pas de diagnostiquer une déficience et de tenter de la corriger par un appareil ou tout autre moyen compensatoire existant pour favoriser l'insertion sociale de la personne handicapée auditive. Le fait de considérer isolement la dispensation d'appareillage ou de tout autre moyen n'est pas de nature à favoriser la concertation entre les intervenants impliqués dans l'adaptation et la réadaptation des personnes déficientes auditives. Cette approche tendrait plutôt à considérer l'appareillage comme une fin en soi, et contribuerait à la réduire à une simple exécution d'ordonnances. Sans subordination à d'autres mesures d'intégration, le succès d'un moyen qui dans les circonstances serait approprié mais insuffisant devient hypothétique.

En outre il n'est pas évident que le programme actuel incite à une action soutenue auprès des bénéficiaires en vue d'une utilisation maximale du moyen prescrit. Même si la plupart des études effectuées l'aient été auprès de personnes âgées, elles n'en révèlent pas moins des taux élevés de personnes qui refusent de porter un appareil prescrit et accessible gratuitement et pour des raisons le plus souvent d'ordre extra-auditif: coquetterie, gêne, embarras, manque de motivation [13] [14]. Ce genre de difficultés auraient par ailleurs tendance à décroître en autant qu'on prenne la peine d'informer adéquatement ces personnes avant et après l'appareillage et non seulement à propos de l'appareil mais bien du problème auditif dans sa globalité[15].

En conclusion, le programme des aides auditives est centré sur la correction d'une déficience auditive plutôt que sur l'adaptation à un handicap, ce qui en limite l'impact. Pour assurer aux personnes handicapées auditives l'accès à des soins complets, il faudrait repenser le programme en fonction des besoins véritables de ces personnes handicapées auditives. L'appareillage pourrait alors occuper la place qui lui revient, c'est-à-dire non pas une fin mais une partie du processus complet d'adaptation et de réadaptation dont ces personnes doivent bénéficier pour jouer pleinement leur rôle social.

Cependant même si le programme devait être réorienté en fonction des besoins véritables de la clientèle visée, les appareils demeureront toujours un moyen essentiel de réadaptation bien que non exclusif. Aborder la dispensation des aides auditives comme un sous-programme ne signifie pas pour autant que cette fonction n'ait pas de résultats spécifiques à produire. D'ailleurs la réalisation des objectifs propres à une telle composante constitue un préalable à la réussite du programme global. Vu sous cet angle, il est permis de questionner le programme actuel d'aides auditives par rapport à ce qu'il peut vraiment accomplir, compte tenu notamment des problèmes soulevés par certains utilisateurs.

1.4 Critiques formulées à l'égard d'éléments spécifiques de la conception du programme

Les commentaires ou plaintes formulées à l'égard du programme actuel par des représentants de bénéficiaires et de dispensateurs, sur une base non représentative toutefois, vont pour certains dans le même sens que l'analyse précédente alors que d'autres ajoutent des jalons intéressants à une appréciation plus spécifique du fonctionnement du programme[16 17 18 19].

Ainsi concernant le bénéficiaire, la non-universalité de la couverture y est contestée puisqu'actuellement seules les clientèles âgées de moins de 36 ans de même que les bénéficiaires de l'aide sociale sont assurés. Il est aussi fait état des conséquences possibles des imprécisions de l'article 1.01 q) relatif à la définition de l'handicapé auditif, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de distinction claire entre les notions de handicapé auditif et de déficient auditif, utilisant en fait cette dernière pour rendre compte de la première. Il y est donc présumé que tout déficit rencontrant les critères édictés peut être compensé par une aide auditive. Les conditions de mesure de la sensibilité auditive ne sont pas spécifiées au chapitre de la définition administrative du handicapé auditif, ce qui peut avoir comme effet d'appareiller inutilement ou inadéquatement. Enfin la définition actuelle permettrait l'appareillage lors d'une atteinte à une seule fréquence puisque le texte dit "... déficience, auditive évaluée, à x décibels (...) en moyenne sur l'une ou l'autre des fréquences (...) 500, 1 000, 2 000 ou 3 000. Par exemple la R.A.M.Q. pourrait être tenue de rembourser pour appareiller un enfant affecté pour la première fois de sa vie d'une perte auditive unilatérale, réversible de 25 décibels à la seule fréquence de 500 Hz.

On souligne par ailleurs que le programme actuel ne tient pas suffisamment compte de l'individu mais se limite plutôt à l'oreille à appareiller. Par exemple, il est prévu qu'un appareil puisse être remplacé si celui-ci est défectueux, si la condition de l'oreille a changé, mais rien n'est prévu si un changement d'un tout autre ordre se produit chez un bénéficiaire. Par exemple selon la C.P.O.A.Q. tous les jours se présentent en clinique des sujets affectés de déficits moyens d'audition (à 500, 1 000, 2 000 Hz) de 30, 40 voire 50 décibels et qui ne se plaignent pas ou très peu de difficultés d'ordre auditives-sociales alors que d'autres qui présentent des déficiences légères en sont incommodés dans leurs activités quotidiennes.

Concernant l'aide et ses accessoires, des problèmes liés au non respect de certaines règles générales d'application du programme ont été soulevés à savoir : la norme limite de 130 décibels de pression acoustique maximale serait dépassée dans certains cas, d'où risque accru de dégradation de l'audition; la non remise quasi généralisée au bénéficiaire de certains documents tels : la description des caractéristiques électro-acoustiques de l'appareil, la description des matériaux utilisés dans la fabrication de l'appareil et les instructions en français sur le fonctionnement spécifique de l'appareil, pourrait résulter en une sous-utilisation d'un appareil en raison de l'insuffisance de connaissances sur son fonctionnement de base, de l'impossibilité de vérifier, à la suite d'une réparation, si l'appareil possède toujours les mêmes qualités. Des plaintes ont aussi été formulées par les bénéficiaires concernant le manque de solidité et d'esthétique des harnais attribués aux enfants. La forte consommation de piles serait problématique pour les appareillés moins bien nantis financièrement qui "ménageraient" leur appareil les fins de mois. Le processus de sélection des appareils en inquiète aussi plusieurs. Par ailleurs l'exclusion d'autres types d'aides de la liste des aides retenues dont le système M.F. est contestée par plusieurs.

Concernant les services, il y est mentionné que certains enfants déficients auditifs nécessiteraient plus de deux embouts par année. D'autre part, le délai de garantie des embouts qui est actuellement de 30 jours serait insuffisant et porterait préjudice aux bénéficiaires des régions éloignées où l'audioprothésiste ne se rend qu'une fois par mois. Le fait qu'aucune expertise électroacoustique périodique d'un appareil ne soit requise est remis en question puisqu'il est reconnu que cette expertise joue un rôle important au niveau de la prévention de l'aggravation des troubles auditifs. La qualité des appareils "dépanneurs" remis aux bénéficiaires lorsque leur aide a besoin d'être réparée est critiquée. Enfin même si la règle 15 des règles générales d'application du programme précise cinq cas où le fabricant n'offre pas de garantie et dans lesquels la Régie défraye le remplacement, les situations suivantes seraient très fréquentes et pourtant le règlement n'en tient pas compte : l'aide auditive "citron", c'est-à-dire celle qui s'avère continuel-

lement défectueuse et qui donne toujours un mauvais rendement malgré de nombreuses vérifications et réparations, l'appareillage de l'enfant de moins de trois ans qui pose des problèmes particuliers en raison de la difficulté de statuer sur les besoins de ces jeunes enfants en matière d'amplification.

L'ensemble des commentaires recueillis auprès des bénéficiaires du programme suggèrent un certain nombre de difficultés vécues par ces utilisateurs qui remettent en question notamment la qualité de l'appareillage et des services qui y sont reliés. Il apparaît approprié de documenter certains éléments du processus de dispensation actuelle des appareils auditifs afin de déterminer si les résultats propres à un tel programme sont atteints. La discussion relative à une appréciation de l'évaluabilité du programme des aides auditives fait l'objet de la deuxième partie.

DEUXIEME PARTIE : APPRECIATION DE L'EVALUABILITE DU PROGRAMME

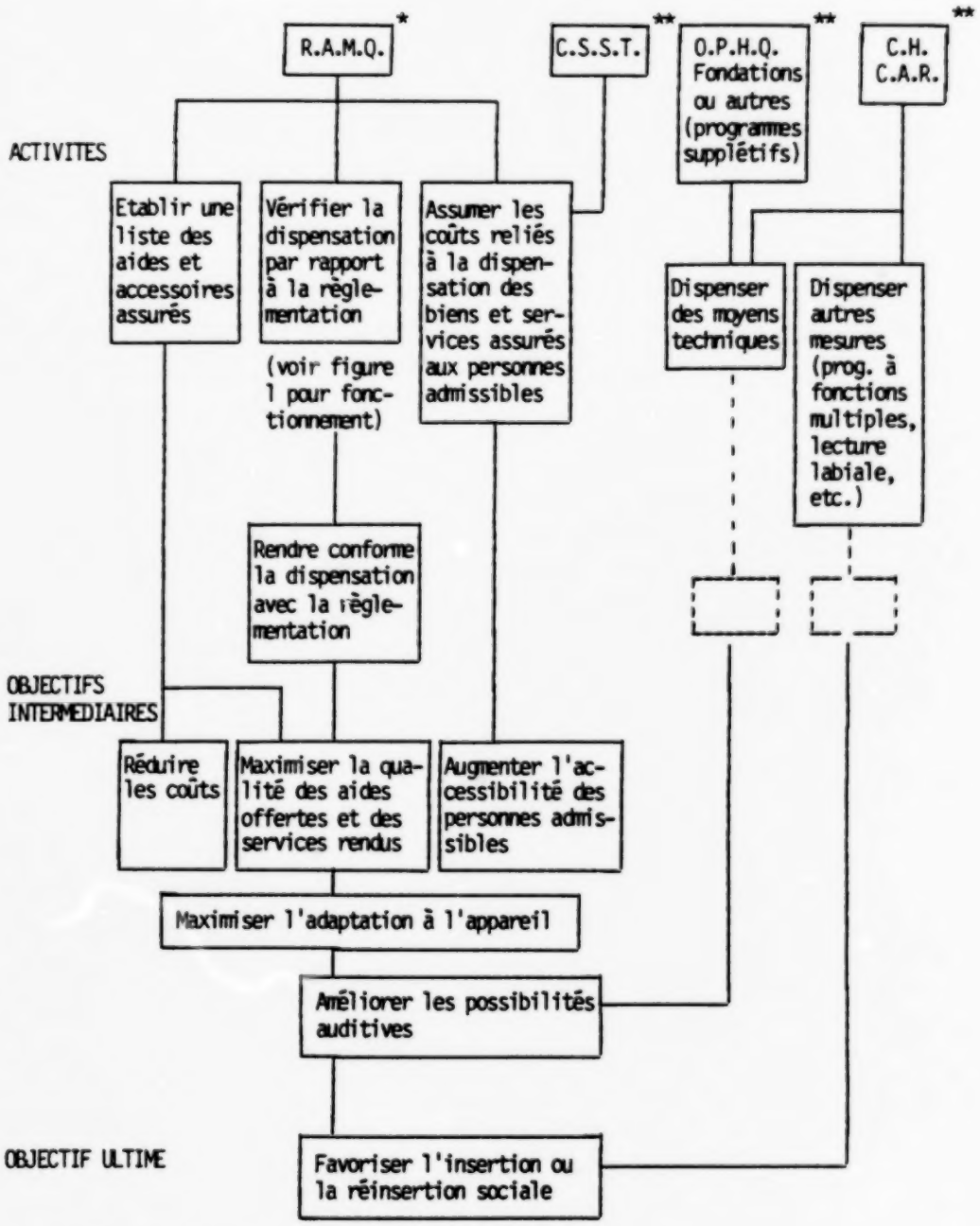
2.1 Modèle descriptif du programme

Afin de nous guider dans cette discussion, nous proposons un modèle descriptif d'un programme qui pourrait faire l'objet d'une évaluation (schéma 2).

Les cases supérieures du schéma identifient les principaux intervenants dans la dispensation de services à la population malentendante. Sous ces cases sont identifiées les principales activités de chacun. Les objectifs sont ensuite énumérés.

Le modèle du programme administré par la R.A.M.Q. est davantage raffiné étant donné que ce dernier est plus directement concerné. Nous avons inclus un regroupement des autres intervenants afin d'illustrer le lien existant entre la mesure administrée par la R.A.M.Q., les autres mesures dispensées ailleurs et les objectifs de réadaptation.

SCHEMA 2 : MODELE DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'AIDES AUDITIVES ET RELATIONS AVEC LES AUTRES INTERVENANTS



* R.A.M.Q. Régie de l'assurance-maladie du Québec
** C.H. Centre hospitalier
C.A.R. Centre d'accueil de réadaptation
O.P.H.Q. Office des personnes handicapées du Québec
C.S.S.T. Commission de la santé et de la sécurité du travail

2.2 Analyse du modèle

Le modèle proposé au schéma 2 fait ressortir les objectifs du programme. L'analyse qui suit vérifie si les objectifs sont évaluables.

Une des hypothèses à la base de ce programme est que fournir des appareils auditifs aux clientèles visées permettra l'intégration sociale de ces clientèles. Il ne saurait être question d'évaluer l'impact du programme défini en ces termes compte tenu de l'impossibilité à priori de dissocier une telle fonction de mesures plus globales, étant donné aussi l'orientation qui fut donnée au programme au moment de sa mise en oeuvre et dont il a été question dans la première partie. Par ailleurs, l'hypothèse à l'effet qu'offrir gratuitement les appareils aux clientèles visées permettra un accès quasi général de ces populations à ce type d'aide peut être questionnée. Des questions relatives au degré de réalisation des objectifs intermédiaires peuvent aussi être soulevées, telles par exemple :

1. L'administration du programme est-elle en conformité avec les dispositions réglementaires émises?

2. Les biens et services rendus sont-ils dispensés au meilleur coût possible?

3. Les ressources professionnelles sont-elles suffisantes dans toutes les régions pour offrir à la clientèle-cible les services requis? L'organisation de la dispensation favorise-t-elle l'accessibilité aux biens et services?

4. Le programme est-il utile aux bénéficiaires? Autrement dit les bénéficiaires sont-ils bien adaptés à leur appareil? Les bénéficiaires sont-ils satisfaits des biens et services reçus?

Conformité de l'administration du programme avec la règlementation émise

Une analyse du règlement de la Loi sur l'assurance-maladie qui concerne spécifiquement le programme d'aides auditives faite en juillet 1982 par Ronald Côté[20] a permis "de dégager quelques lacunes au plan des modalités légales contenues à l'article 1.01 q) de ce règlement", lesquelles avaient déjà été soulignées par la Corporation professionnelle des audiologistes et des orthophonistes du Québec. Il s'agit d'une part de la définition de la personne handicapée auditive qui ne tient compte que de la déficience auditive et non des limites que celle-ci peut imposer dans l'accomplissement des activités normales d'un individu, de sorte qu'on ne s'en remet, sur le plan règlementaire, qu'à l'audiogramme, ce qui peut être nettement insuffisant dans certaines circonstances. D'autre part, la référence à "une oreille" au lieu d'à "la meilleure oreille" contenue dans la définition de la personne handicapée auditive est confuse et non conforme à l'énoncé contenu dans le Livre blanc sur la politique à l'égard des personnes handicapées. Enfin le règlement est imprécis relativement à la technique servant à l'évaluation de la déficience. Ces lacunes au plan de la définition même de la personne handicapée auditive peuvent, en raison de leur confusion, ouvrir la porte à l'appareillage inutile ou inapproprié. Les modifications proposées concernant la définition de l'handicapé auditif n'ont pas été retenues lors de la dernière révision du règlement d'application sur la Loi de l'assurance-maladie qui est entré en vigueur le 1er novembre 1983.

L'administration comme telle du programme a aussi fait l'objet d'une analyse sommaire. Plus spécifiquement l'article 19.03 du règlement, qui a trait aux documents produits par un oto-rhino-laryngologiste ou un audiologiste, a été retenue et Côté conclut que "la Régie administrait adéquatement le programme compte tenu de l'imprécision de la règlementation actuelle".

Ces problèmes sont intimement liés à la conception du programme et devraient faire l'objet d'une analyse plus approfondie dans l'éventualité d'une révision de l'orientation du programme.

Le coût du programme

Faute d'une définition précise de "meilleur coût", il faut reconnaître que le programme se porte relativement bien si nous nous basons sur l'évolution des coûts depuis l'implantation du programme ainsi qu'en font foi les graphiques 1 et 2 de l'annexe 1. Cependant, la part relative des services plus coûteux a diminué en 1981 et 1982 (graphique 3 de l'annexe 1) et le nombre de bénéficiaires a aussi diminué en 1982 (graphique 4). Nous ne savons pas, à l'heure actuelle, quel sera l'impact sur le coût du règlement établissant à 4 ans la durée minimale d'utilisation d'un appareil et la procédure établissant que celui-ci peut être remplacé pourvu que l'audioprothésiste motive son geste, ce qui signifie qu'en pratique il n'a qu'à signifier que "l'appareil ne peut plus fonctionner dans des conditions normales d'utilisation, à l'expiration de sa durée minimum". Nous devrons attendre les données de 1983 ou mieux encore celles de 1984 pour analyser cet impact à la lumière d'une définition plus précise du meilleur coût.

Par ailleurs, le problème soulevé il y a quelques années relativement au paiement en double des actes audiométriques dispensés suppose que l'objectif de dispenser au meilleur coût se serait pas tout à fait atteint. Dans les faits la technique et l'interprétation de ces actes sont souvent réalisées par les audiologistes, qui sont salariés, mais sont facturées par les oto-rhino-laryngologistes. Même si les coûts ne sont pas directement imputés au programme, ils se répercutent tout de même sur celui des services médicaux. Ce problème a déjà été documenté(1). Comme aucune suite n'a été donnée à ce rapport, il ne semble pas utile de le documenter à nouveau.

---

(1) Memo de François Simard à Pierre Lavigne, 10 janvier 1979.

L'analyse de l'évolution des coûts, toute importante et nécessaire soit-elle, devrait être subordonnée à une analyse de la qualité des aides et des services reçus pour prendre toute sa signification.

Accessibilité

On a postulé qu'en réduisant les barrières financières à l'accès aux prothèses auditives on permettait aux personnes handicapées, et ce dans son ensemble, de recevoir les biens et services requis par leur état. Une évaluation dans ce sens serait utile pour vérifier, entre autres, si le programme répond de façon satisfaisante à l'une des préoccupations du départ qui était d'assurer l'accès à l'ensemble des personnes admissibles, indépendamment du lieu d'habitation de ces personnes et de leurs conditions socio-économiques et sinon, comment il serait possible de l'améliorer pour y répondre. Il est possible de vérifier ce postulat par la mesure du taux de pénétration du programme (a). Par ailleurs l'accessibilité au système de dispensation des aides peut être appréciée par les indicateurs suivants : accessibilité régionale (b) et accessibilité organisationnelle (c).

a) Couverture du programme

Variables	Collecte des données	Indicateurs
. Population appareillée selon âge, région et niveau socio-économique (1)	Statistiques R.A.M.Q. et autres sources, ex. statistiques du ministère Revenu	Evolution du taux de participation (2) depuis 1980 (première année complète pour - 36 ans), i.e.
. Population dans le besoin	Estimation à partir des taux de prévalence (Santé Canada) et du taux de la clientèle appareillable (études américaines)	# personnes appareillées / # personnes appareillables

(1) La disponibilité de l'information relative à la répartition selon cette variable reste à confirmer quoique l'évolution de la participation et mieux encore la comparaison avec des normes optimales de participation puisse indirectement nous renseigner sur l'accessibilité sociale aux prothèses auditives.

(2) Il faut faire l'hypothèse que les individus qui ont été appareillés en avaient tous besoin.

L'information obtenue ne nous permettra pas de mesurer la proportion de personnes appareillables qui n'ont pas suivi les recommandations du prescripteur à l'effet de porter un appareil.

Cependant en supposant que le programme soit bien connu des bénéficiaires, un taux de participation peu élevé pourrait signifier que les personnes ont décidé de ne pas y participer. Ce qui pourrait être un indice à l'effet que le système de dispensation ne répond pas tout à fait aux besoins des bénéficiaires admissibles. Ainsi Alberti et Brown[12] ont constaté qu'une personne sur trois à qui on avait prescrit un appareil ne s'en était pas procuré. Le système de dispensation fonctionnait supposément de façon idéale i.e. examen médical, examen audiologique, suivi, etc. Les raisons invoquées par ces personnes étaient surtout d'ordre personnel et liées à des attitudes négatives à l'égard de la surdité et des appareils, plutôt que d'ordre technique ou financier. Les sujets étudiés étaient cependant des adultes dont la moyenne d'âge se situait à 61 ans.

b) Accessibilité régionale

Cet indicateur exprime la relation entre les effectifs professionnels existants et l'évolution de la répartition de ces effectifs par région en fonction des besoins des populations.

Variables	Collecte des donéees	Indicateurs
Nombre d'O.R.L., d'audiologistes et d'audioprothésistes selon la région	Statistiques R.A.M.Q. Statistiques des Ordres et Corporations professionnelles	Nombre d'O.R.L., d'audiologistes et d'audioprothésistes/ population (1)

(1) Une approche fondée seulement sur des ratios professionnels/population est insuffisante pour définir des pénuries ou des excédents de professionnels. Pour pouvoir le faire, ainsi que l'expliquait André-Pierre Contandriopoulos dans une allocution prononcée lors d'un congrès d'orthophonie et d'audiologie en 1982, il faut être en mesure d'établir l'équivalence entre :

- les problèmes d'audition et les services
- le nombre de professionnels et les services qu'ils peuvent dispenser

Si ces données ne peuvent être obtenues, il peut être acceptable de calculer un ratio/population et d'établir des comparaisons interrégionales et interprovinciales par exemple.

c) Accessibilité organisationnelle

Cet indicateur rend compte de la disponiblité des ressources(1).

Variables	Collecte des données	Indicateurs
Connaissance et compréhension des rôles	Sondage auprès des bénéficiaires	% de personnes qui ont répondu correctement aux questions relatives aux professionnels consultés et aux motifs de consultation
Organisation de la pratique	Sondage auprès des bénéficiaires et auprès des dispensateurs	% de consultations en cabinet privé vs centres hospitaliers
Permanence des audioprothésistes	Statistiques de l'Ordre des audioprothésistes et Sondage	Délais pour première visite chez l'audioprothésiste et visites subséquentes
Délais pour rendez-vous avec O.R.L. et audiologistes	Sondage auprès des bénéficiaires et carnet de rendez-vous des professionnels	Délais pour rendez-vous avec O.R.L. et audiologiste

(1) Il semble exister un certain consensus quant à la nécessité pour l'appareillage d'une pratique professionnelle multidisciplinaire, à savoir O.R.L., audiologiste et audioprothésiste[12 21]. La mesure de la fréquence de consultation selon le milieu (privé ou hospitalier) peut nous fournir un indice intéressant de l'accessibilité organisationnelle si nous assumons cette nécessité de multidisciplinarité professionnelle puisque, de façon générale, les audiologistes sont absents des cabinets privés. En outre, il ne pourrait y avoir d'accessibilité organisationnelle complète si la population est confuse quant aux rôles joués par chaque groupe professionnel du domaine auditif ou encore si les délais d'obtention de rendez-vous avec l'un ou l'autre de ces professionnels sont trop longs. En conséquence la mesure de ces variables peut aussi être indicative de l'accessibilité.

Utilité (1) du programme et satisfaction des bénéficiaires

Il est postulé, selon le modèle de la figure 2, que la confection d'une liste d'appareils et accessoires et l'observance des normes édictées assurent une dispensation de biens et de services d'une qualité maximale, ce qui permet aux bénéficiaires de s'adapter le plus parfaitement possible à leur prothèse. Dans ce sens le programme leur serait utile.

Un tel postulat est vérifiable dans la mesure où la problématique est spécifiquement circonscrite à l'appareil auditif, et se situe dans une perspective d'adaptation à un appareil et non d'intégration sociale.

Plusieurs des problèmes soulevés par certains utilisateurs remettent en question précisément l'utilité du programme étant donné qu'ils se ramènent au problème de la qualité des biens et services présentement dispensés. On peut supposer qu'à un degré de qualité sous-optimal correspond un degré d'utilisation et de satisfaction moindre, ce qui limite l'utilité de l'aide.

Afin de déterminer dans quelle mesure le programme actuel est utile aux bénéficiaires, on peut envisager une approche basée à la fois sur une enquête auprès des bénéficiaires, un examen des appareils et accessoires utilisés à ce moment et du comportement des bénéficiaires à l'égard de la manipulation de l'appareil, et un test d'écoute.

(1) A noter l'utilisation du terme "utilité" et non "efficacité"; le premier est employé puisque les avantages qu'est censé procuré le programme seraient mesurés par rapport à la population servie et non par rapport à la population dans le besoin.

Les informations recueillies nous permettraient de complémenter les données déjà disponibles afin de mieux connaître les caractéristiques des bénéficiaires du programme et du ou des processus de dispensation et d'analyser les relations entre ces caractéristiques et un certain nombre de variables liées aux effets du programme dont(1) :

- la satisfaction à l'égard des biens et des services reçus;
- l'adaptation à l'appareillage;
- la qualité des appareils utilisés;
- le gain acoustique obtenu;
- les habiletés acquises (pour la manipulation de l'appareil et pour la communication);

2.3 Modèle évaluable

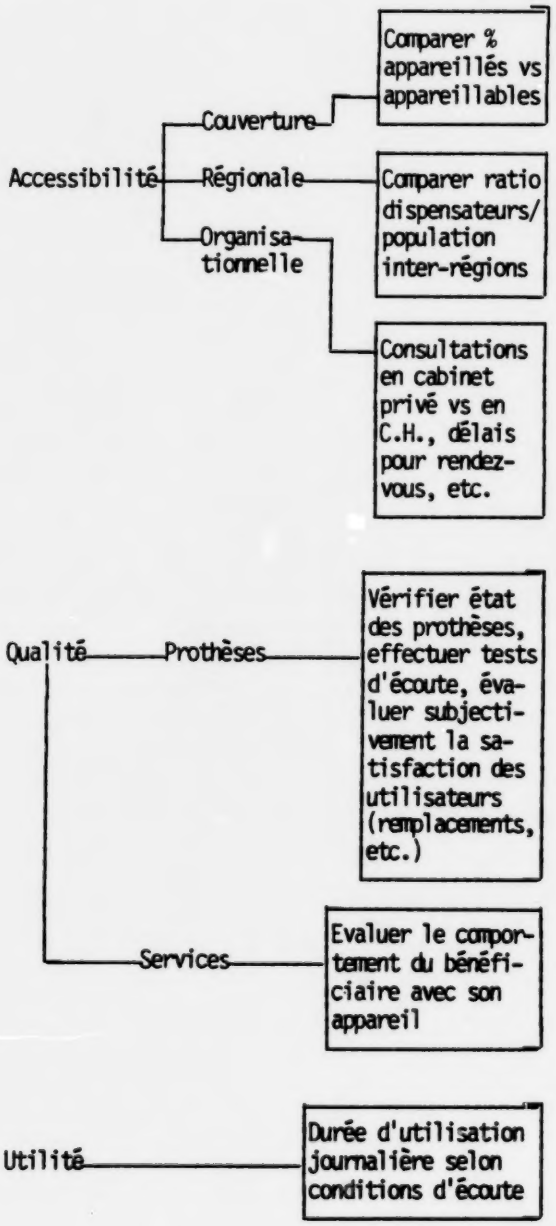
Nous sommes maintenant en mesure de représenter un modèle qui, après analyse, pourrait utilement faire l'objet d'une évaluation. Ce modèle est représenté au schéma 3.

L'analyse des objectifs du processus a montré qu'il était possible d'identifier des critères mesurables permettant de déterminer 1) si un programme gratuit des aides auditives assurait l'accessibilité à l'ensemble des bénéficiaires admissibles et si les ressources humaines et l'organisation étaient telles que les personnes admissibles puissent bénéficier des biens et des services mis à leur disposition et 2) si les activités du programme assuraient, en autant que la prothèse était concernée, la dispensation de biens et services de la meilleure qualité qui soit. Ces objectifs demeureraient donc dans un modèle évaluable. Quant aux objectifs "d'améliorer les possibilités auditives" et "de favoriser la réintégration sociale", ils seraient retranchés du modèle pour les raisons déjà évoquées (voir première partie).

---

(1) Etant donné la non-disponibilité de ces informations à la R.A.M.Q., elles doivent nécessairement être obtenues auprès des utilisateurs (voir à l'annexe 2 une analyse de la répartition du nombre de biens et de services reçus par bénéficiaire en 1982 et les renseignements qu'on peut en tirer).

SCHEMA 3 : OBJECTIFS EVALUABLES DU PROGRAMME D'AIDES AUDITIVES



Les objectifs de conformité et de réduction des coûts seraient aussi supprimés, soit parce qu'il est difficile de définir une mesure de succès ou parce qu'une volonté de changement n'est pas manifeste.

Il sera question dans la section suivante d'une description un peu plus détaillée des modalités d'évaluation qui pourraient être effectuées à l'égard du programme des aides auditives.

2.4 Modalités d'évaluation

2.4.1 Enquête auprès des bénéficiaires

L'enquête auprès des bénéficiaires nous permettrait d'obtenir des informations quant à l'utilité du programme, le degré de satisfaction des personnes mais aussi quant au degré d'accessibilité organisationnelle au programme. Les objectifs pourraient être par exemple de :

- connaître le cheminement des bénéficiaires pour l'obtention d'un appareil;
- évaluer le degré de connaissance qu'ont les bénéficiaires des biens et des services disponibles en vertu du présent programme;
- évaluer le degré de satisfaction des bénéficiaires dans l'utilisation des appareils et accessoires prescrits et des services reçus;
- connaître et mesurer les problèmes rencontrés;
- évaluer le degré d'adaptation des bénéficiaires aux appareils et accessoires prescrits;
- évaluer les avantages que procurent les appareils prescrits et les limites rencontrées.

Le répondant-cible à l'enquête serait un bénéficiaire du programme depuis son implantation en 1979, ceci afin d'aller chercher le maximum de jeunes bénéficiaires. Toutefois les bénéficiaires qui auraient reçu leur premier appareil dans les six mois précédant l'envoi du questionnaire seraient éliminés au départ afin de ne pas biaiser les résultats en raison d'une prescription trop récente d'un appareil. Une attention particulière devrait néanmoins être portée aux plus anciens bénéficiaires de manière à s'assurer de la fidélité de leur mémoire.

Nous pouvons esquisser ce que pourrait être la méthodologie du sondage. Ainsi l'échantillonnage devrait assurer une représentatitivé de l'ensemble des bénéficiaires du programme sur une base provinciale et par groupes d'âge et couvrir les différentes régions administratives en tenant compte de l'importance numérique de la population servie de chaque région. La taille de l'échantillon devrait être suffisante pour permettre d'estimer avec précision les variables étudiées.

La récolte des données pourrait être effectuée auprès de l'échantillon à partir d'un sondage postal ou d'entretiens individuels. Le choix du moyen à privilégier devrait être fait en fonction du budget disponible et en tenant compte des taux de réponse habituels à chacun des moyens. Par exemple, certains auteurs situent le taux de réponse à un sondage postal entre 40 % et 55 % [22] [23] [24], alors que le taux de réponse aux entretiens individuels peut être aussi élevé que 90 % [12] [14] [15]. Ces différences ont par conséquence un impact sur la taille de l'échantillon. Il faudrait donc analyser le coût de chacune des méthodes en fonction de cette variable.

Peu importe la méthode retenue, elle serait conduite à l'aide d'un questionnaire codé afin de permettre un traitement rapide des données. Le questionnaire pourrait comporter cinq parties principales, chacune de ces parties comprenant des questions pouvant mesurer les variables dépendantes préalablement identifiées.

Par exemple :

Une première partie du questionnaire comprendrait des questions pouvant mesurer les caractéristiques audio-socio-psycho-démographiques des répondants, (un certain nombre de ces variables sont reconnues comme pouvant affecter le degré d'utilisation de l'appareil). Parmi les éléments recherchés se retrouveraient :

- âge du répondant
- sexe
- région d'habitation
- localité
- activités professionnelles
- degré de déficience (pourrait être obtenu à partir des dossiers à la R.A.M.Q.)
- durée d'utilisation d'un appareil (en mois)
- type d'appareil prescrit
- degré de motivation à porter l'appareil (manifesté au moment de la prescription)
- milieu de vie (seul, avec conjoint, etc.)
- intérêt et support de l'environnement immédiat

Une deuxième partie du questionnaire devrait permettre de décrire le cheminement suivi par les répondants pour l'obtention de leur appareil et de mesurer le degré de connaissance et le degré d'utilisation des services disponibles. Les éléments recherchés pourraient être :

- professionnels consultés et à la recommandation de qui (qui a référé à qui)
- examens et/ou tests reçus
- durée de temps passé avec chaque personne consultée
- lieux de consultation (cabinet privé d'O.R.L.), CH, clinique d'audiologie, clinique d'audioprothésie , centre de réadaptation)
- connaissance des professionnels impliqués dans la pratique audiologique

Une troisième partie pourrait explorer le degré d'adaptation du répondant à l'appareil et aux accessoires prescrits. Les éléments recherchés pourraient alors être les suivants :

- fréquence d'utilisation de l'appareil et des accessoires prescrits
- durée journalière d'utilisation de l'appareil et des accessoires (1)(2) et explication du port de l'appareil sur une base irrégulière (v.g. personne vit seule, l'appareil n'est pas considéré avantageux, l'appareil et/ou ses accessoires sont inconfortables; environnement trop bruyant, appareil est perçu comme étant disgracieux, trop bruyant, etc.)

Une quatrième partie pourrait comprendre des questions permettant la mesure du degré de satisfaction à l'égard de l'utilisation des biens et des services reçus et des problèmes rencontrés. Les éléments recherchés pourraient être:

- satisfaction à l'égard des services reçus, services liés au processus de prescription d'un appareil (counselling pré-prothétique, i.e. informations quant au problème de déficience, ses implications, etc.; counselling pendant la phase d'ajustement de l'appareil (informations quant à la manipulation, entretien de l'appareil et de ses accessoires); et suivi post-prothétique. Si non satisfaction, explication des motifs
- satisfaction à l'égard des services rendus en cas de réparation d'un appareil (appareil prêté était de qualité, délai de réparation, etc.) et d'ajustement
- satisfaction par rapport aux délais pour l'obtention de rendez-vous avec l'un ou l'autre des professionnels consultés
- satisfaction par rapport à l'appareil et accessoires reçus et sinon, expliquer (mauvaise qualité, fréquence des réparations, ajustements et/ou remplacements et raisons)

---

(1) Il est généralement admis que si l'appareil est utilisé régulièrement, compte tenu de certaines circonstances, la procédure de dispensation peut être considérée valide[25].

(2) La corrélation entre une méthode subjective et une méthode objective de mesure a été documentée[14].

2.4.2 Examen des appareils, du comportement des répondants et test d'écoute

Les objectifs d'une telle approche pourraient être les suivants :

- Evaluer l'état physique des appareils et accessoires actuellement utilisés
- Evaluer l'état électro-acoustique de l'appareil actuel
- Evaluer le degré d'habiletés acquises par les répondants concernant la manipulation de l'appareil et de ses accessoires
- Evaluer objectivement le gain acoustique obtenu par l'appareil.

Le participant-cible à la démarche proposée serait le même que celui qui a participé à l'enquête. L'échantillonnage devrait assurer une représentativité de l'ensemble des répondants par groupes d'âge à l'enquête dans trois régions désignées. L'ensemble de la démarche proposée s'effectuerait sur le champ. Une grille spécialement conçue pour les fins de cette étude pourrait être développée, compte tenu des objectifs énoncés.

Par exemple :

Les variables qu'on pourrait privilégier pour l'évaluation de l'état de l'appareil pourraient être :

- durée de vie de l'appareil
- apparence de l'appareil
- état des embouts, harnais, etc.
- propreté de l'appareil et des accessoires
- caractéristiques électro-acoustiques (en fonction des normes existantes)

Quant au comportement du répondant concernant son habileté à manipuler l'appareil et ses accessoires, celui-ci pourrait être évalué à partir des variables suivantes :

. habileté à fixer l'embout trois fois de suite par exemple
. habileté à changer les piles, enlever les casiers
. habileté à manipuler les contrôles
. habileté à nettoyer les embouts

L'évaluation du gain acoustique obtenu pourrait se faire au moyen de tests reconnus (tests d'écoute).

Le plan de recherche n'est proposé qu'à titre préliminaire. Avant de se pencher plus à fond sur la question de savoir si un plan de recherche donnē est susceptible de donner sans ambiguité ni distorsion une idée estimative de ce que le programme accomplit, il nous faut obtenir soit l'acceptation ou une clarification plus poussée du plan du programme élaboré dans cette étude préparatoire. En même temps il serait opportun de déterminer dans quelle mesure les informations qui pourraient être recueillies seraient utiles avant de poursuivre la conception de l'évaluation du programme d'aides auditives.

BIBLIOGRAPHIE

1 Régie de l'assurance-maladie du Québec, 1975. Rapport sur les possibilités d'extension du régime d'assurance-maladie aux appareils et accessoires auditifs, Février.

2 Ministère des Affaires sociales, Québec, 1977. Rapport du groupe de travail sur le dépistage auditif chez l'enfant, 1977.

3 Ministère des Affaires sociales. Plan de services aux enfants déficients auditifs, mars 1977.

4 Ministère des Affaires sociales, 1978. Rapport du groupe de travail concernant la couverture des appareils auditifs, juin.

5 Picard, M. 1984. La déficience auditive au Québec : besoins et apport des moyens de suppléance. Rapport préparé à l'intention du comité tripartite : Centres de réadaptation - MAS - RAMQ, mars.

6 Parving G.A. and B. Ostri, 1983. On objective criteria for hearing impairment and hearing disability. Scand. Audiol 12 (3) : 165-169.

7 Neilson, H.B. and H.W. Ewertsen, 1974. Effect of hearing aid treatment. Scand. Audiol. 3 : 35-38.

8 Horodniceanu, S. and A. Constantinescu, 1975. The complex rehabilitation of auditory-handicapped persons : clinical, social, and professional considerations. VII World Congress of the World Federation of the Deaf - July 31 - Aug. 8, Wash. D.C.

9 Tannahill, J., 1979. The hearing handicap scale as a measure of hearing aid benefit. J. Speech Hear. Dis. 44 : 91-99.

10 Owens, E. and S. Fujikawa, 1980. The hearing performance inventory and hearing aid use in profound hearing loss. J. Speech Hear. Res. 23 : 470-479.

11 Haggard, M., J. Foster and F. Iredale, 1981. Use and benefit of postural aids in sensory hearing loss. Scand. Audiol. 10 (1) : 45-52.

12 Alberti, P.W. and T. Brown, 1980. The effectiveness of a hearing aid delivery system. J. Otolaryngol. 9 : 3.

13 Humphrey, C., K. Gilhome Herbst and S. Faurgi, 1981. Some characteristics of the hearing-impaired elderly who do not present themselves for rehabilitation. Br. J. Audiol. 15 : 25-30.

14 Tyler, R.S., L.J. Baker, G. Armstrong, Bednall, 1983. Difficulties experienced by hearing-aid candidates and hearing-aid users, Br. J. Audiol. 17 : 191-201.

15 Brooks, D.N. and D.I. Johnson, 1981. Pre-issue assessment and counselling as a component of hearing aid provision. Br. J. Audiol. 15 : 13-19.

16 Corporation professionnelle des orthophonistes et audiologistes du Québec, 1980 et 1982. Commentaires de la Corporation professionnelle des orthophonistes et audiologistes du Québec concernant l'Arrêté en conseil 2210-79, 30 mai 1980 et Mémoire présenté au ministre des Affaires sociales relativement au Décret 2210-79, Loi sur l'assurance-maladie, 10 août 1982.

17 Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA), 1983. Mémoire présenté à la Régie de l'assurance-maladie du Québec concernant les problèmes vécus par les parents d 'enfants déficients auditifs à l'endroit du programme de couverture des aides auditives, Février.

18 Ecole orale de Montréal pour les sourds Inc., 1984. Pétition signée par les parents d'enfants sourds fréquentant l'école, Février.

19 Entretiens téléphoniques et/ou entrevues réalisés en mars, avril 1983, avec l'Office des personnes handicapées du Québec, l'Ordre des audioprothésistes.

20 Côté, R. 1982, Le programme d'aides auditives : le règlement et son administration. Service Evaluation des programmes d'assurance-maladie, M.A.S., Juillet.

21 Rapport d'un groupe de spécialistes constitué par la direction générale des Services et de la Promotion de la Santé, 1982. Lignes directrices pour la pratique de l'orthophonie et de l'audiologie. Pub. autorisée par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa.

22 Pou, J.W., B. Corbi, N. Snelling and W.A. Vekovius, 1981. Comprehensive hearing aid program within an ear, nose, and throat office. Laryngoscope 91: 1074-1082.

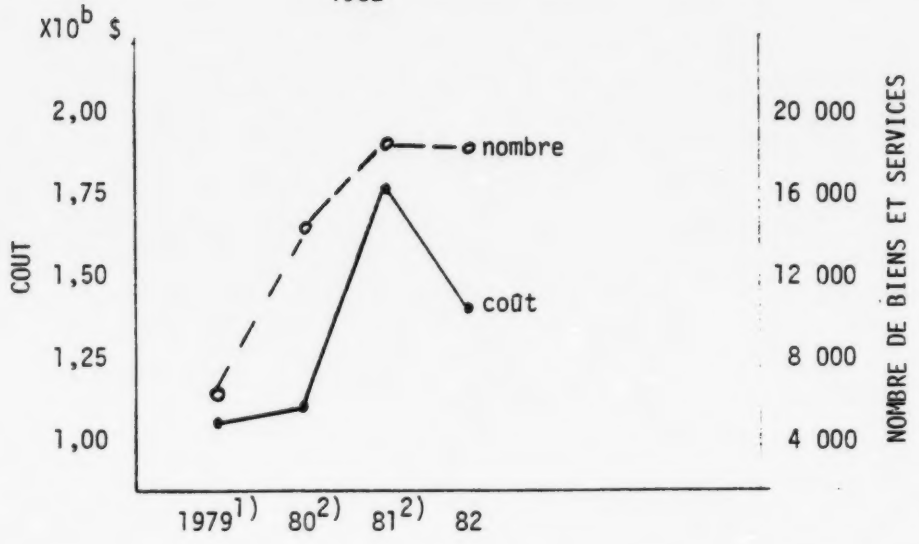
23 Hayes, D. et al., 1983. Relation between aided synthetic sentence identification scores and hearing-aid user satisfaction. Ear Hear. 4 (3) : 158-161.

24 Ward, P.R., 1981. Effectiveness of after care for older people prescribed a hearing aid for the first time. Scand. Audiol. 10 (2) : 99-106.

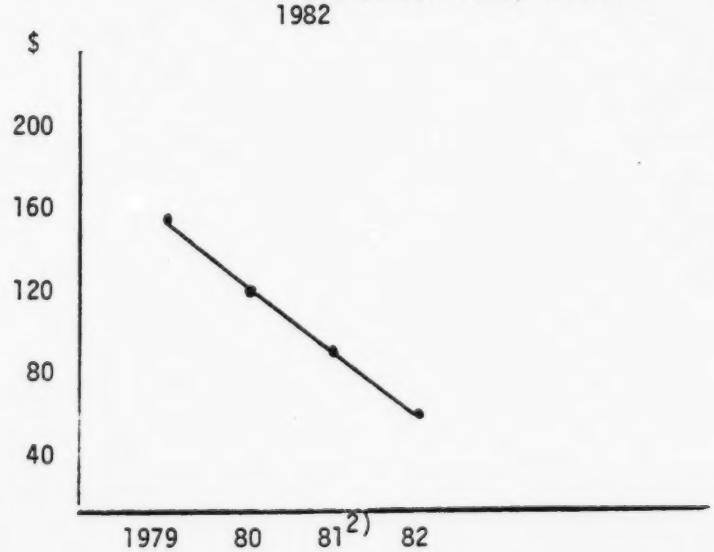
25 Zelnick, E., 1983. Hearing aid selection : reviewing the Vanderbilt report. Hear. J., Nov. 21-23.

ANNEXE 1 : DONNEES STATISTIQUES SUR L'EVOLUTION DES COUTS DU PROGRAMME, 1979 A 1982.

Graphique 1 : Evolution du nombre et du coût des biens et services de 1979 à 1982



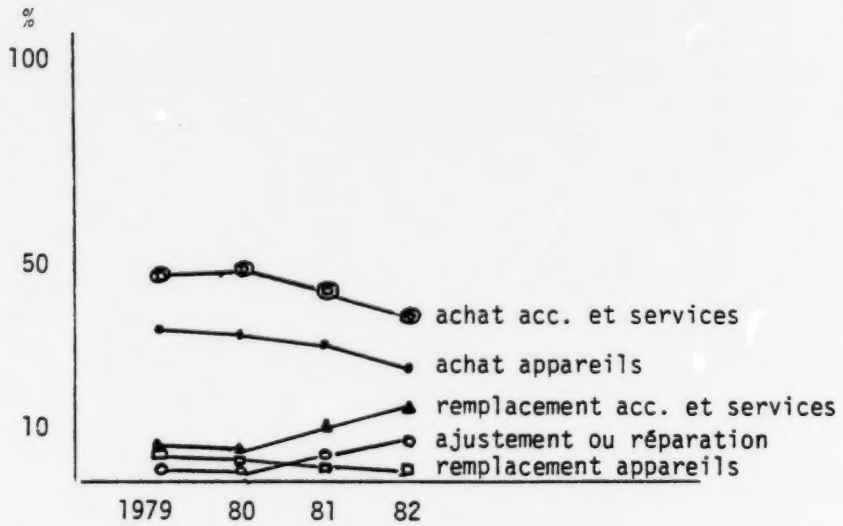
Graphique 2 : Evolution du coût moyen des biens et services, 1979 à 1982



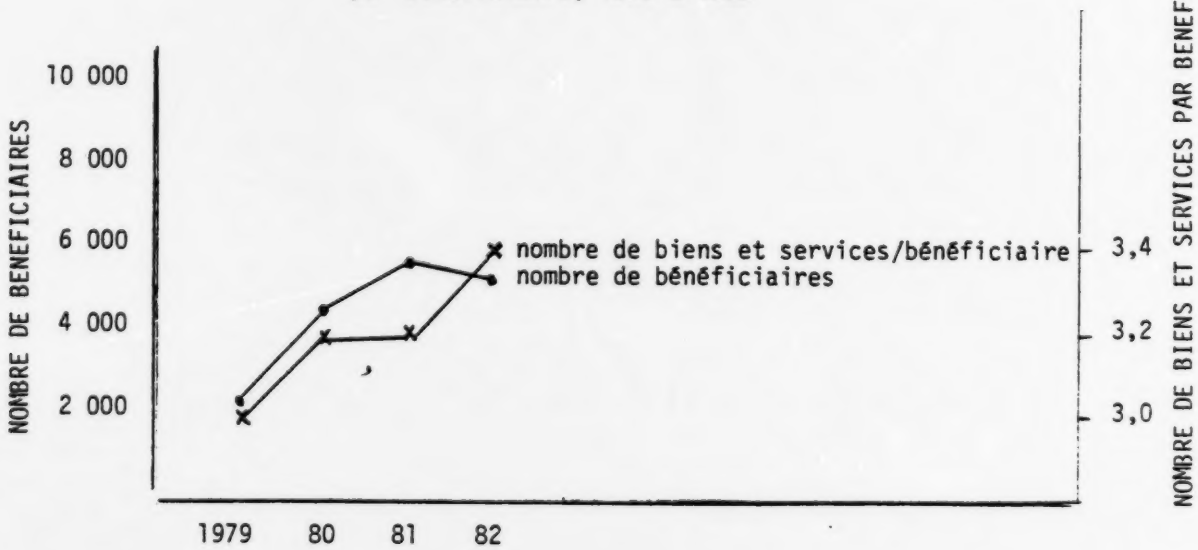
1) Entrée en vigueur : 22 août 1979

2) Mise de l'avant par la R.A.M.Q. d'une nouvelle politique d'achat depuis le 1er novembre 1980.

Graphique 3 : Evolution de la composition des coûts reliés aux types de services, 1979 à 1982



Graphique 4 : Evolution du nombre de bénéficiaires[1] et du nombre de biens et services par bénéficiaire, 1979 à 1982



1) Admissibles au 22 août 1979 : moins de 35 ans
A partir du 2 juillet 1980 : B.A.S. 35 ans ou plus
Depuis septembre 1981, la R.A.M.O. paie les aides auditives des personnes de 36 ans ou plus qui ont déjà bénéficié du programme.

ANNEXE 2 : ANALYSE DU NOMBRE DE BIENS ET DE SERVICES RECUS PAR BENEFICIAIRE EN 1982

En 1982, chaque bénéficiaire du programme d'aides auditives a reçu 3,4 biens et services. Doit-on y voir une indication à une utilisation massive du programme par les bénéficiaires.

L'analyse de cet indicateur révèle que les deux tiers du nombre de biens et services reçus par bénéficiaire en 1982 (67 %) sont imputables aux services d'achat et de remplacement des appareils, options, accessoires et embouts, et des services qui y sont reliés; le remplacement des embouts et accessoires représentant à lui seul 1,1 biens et services par bénéficiaire, soit le tiers du nombre total.

REPARTITION DU NOMBRE DE BIENS ET SERVICES RECUS PAR BENEFICIAIRE SELON LES SERVICES D'ACHAT ET DE REMPLACEMENT

TYPE DE SERVICES	Nombre de biens et services par bénéficiaire	
	N	%
. Remplacement : embouts et accessoires	1,10	33 %
. Achat : appareils, options et services	0,72	21 %
. Achat : embouts et accessoires	0,33	10 %
. Remplacement : appareils, options et services	0,11	3 %
TOTAL	2,26	67 %

Le type de services ajustement ou réparation compte pour le tiers des biens et services reçus par bénéficiaire (33 %). De ce nombre les réparations chez le manufacturier et chez l'audioprothésiste (0,90 biens et services par bénéficiaire) comptent pour 80 % de ce nombre. Donc le temps passé chez l'audioprothésiste pour des ajustements ou réparations sans changement de pièces ne compte que pour 7 % de l'ensemble des biens et services reçus, soit 0,18/bénéficiaire.

REPARTITION DU NOMBRE DE BIENS ET SERVICES RECUS PAR BENEFICIAIRE SELON LE SERVICE D'AJUSTEMENT ET DE REPARATION

TYPE DE SERVICES	Nombre de biens et services par bénéficiaire	
	N	%
Réparations chez manufacturiers, temps chez l'audioprothésiste et changement de pièces chez l'audio-prothésiste	0,90	26 %
Temps chez l'audioprothésiste pour ajustement	0,18	7 %
TOTAL	1,08	33 %

En définitive, les bénéficiaires semblent revenir chez l'audioprothésiste essentiellement pour faire effectuer des réparations à leur appareil ou à un accessoire quelconque. Par ailleurs, la part relativement importante (26 %) des réparations par rapport à l'ensemble des biens et services reçus par les bénéficiaires laisse croire à une fréquence élevée de ce type de services. Une analyse plus approfondie des données de la R.A.M.Q. est à compléter afin de déterminer la fréquence des réparations par bénéficiaire et d'en expliquer si possible les causes (fréquences plus élevées chez les enfants en bas âge, selon le type d 'appareil, accessoires vs appareils). L'information obtenue couplée avec une évaluation sur le terrain d'un échantillonnage d'appareils pourra nous fournir un indice intéressant quant à la qualité des appareils vendus.

Cependant même avec ces connaissances nous n'en saurons pas davantage sur le degré d'utilisation de l'appareil par le bénéficiaire -utilisation dans différentes conditions d'écoute, selon le mode d'environnement, etc.- et sur l'utilité effective de l'appareil pour un bénéficiaire compte tenu de ses caractéristiques.

Dans le même ordre d'idée, le fait que la part du temps chez l'audioprothésiste par rapport à l'ensemble soit relativement insignifiante ne signifie nullement que les problèmes d'ajustement que peuvent vivre les utilisateurs sont inexistants ou entièrement résolus.

En somme l'indice majeur de l'utilisation efficace du programme par les utilisateurs est relié à la fréquence et aux conditions de port de l'appareil et c'est cette information que nous devons aller chercher.